

Année 1903

THÈSE

84
N

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 3 Décembre 1903, à 1 heure

PAR

Eugène LERIVRAIN

Ancien Interne des Hôpitaux du Havre

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE LA

TORSION DU PÉDICULE

DES

KYSTES DU LIGAMENT LARGE

PRÉSIDENT : M. LE DENTU, Professeur.

JUGES { MM. CORNIL,
 CHANTEMESSE, } Professeurs.
 FAURE, Agrégé.

PARIS

C. NAUD, ÉDITEUR

3, RUE RACINE, 3

1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie	POIRIER.
Physiologie	CH. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentée	DEJERINE.
	CHANTEMESSE
	DEBOVE.
Clinique médicale	LANDOUZY.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants	DIEULAFOY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	TERRIER.
	DUPLAY.
	LE DENTU.
Clinique ophtalmologique	TILLAUX.
Clinique des maladies des voies urinaires	LAPERSONNE.
Clinique d'accouchements	GUYON.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	BUDIN.
	POZZI.
	KIRMISSON.

Agrégés en exercice

MM.	DESGREZ.	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef
ACHARD.	DUPRE.	LEGRY.	des trav. anat.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (Aug.)..	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (André.)	GOUGET.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
DEMELIN.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES PARENTS ET AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR SOREL

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL PASTEUR DU HAVRE

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

CHIRURGIEN DE L'HOPITAL NECKER

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Durant notre internat dans les hôpitaux du Havre, il nous a été donné d'observer, dans le service de Chirurgie du docteur R. Sorel, un cas de kyste du ligament large à pédicule tordu. Il nous a paru intéressant d'en prendre l'observation, vu la rareté du fait.

Si les kystes du ligament large sont relativement fréquents (10 pour 100 environ, d'après la statistique d'Ols-hausen), nous trouvons fort peu de cas dans lesquels les kystes présentent un véritable pédicule. Encore plus rares sont les observations de torsion de ce pédicule.

Nous avons recherché, dans la littérature médicale, les communications ayant trait à cette complication et nous n'avons pu en réunir que onze observations précises.

Nous étudierons d'abord, assez brièvement, les kystes du ligament large en général, cette étude ayant fait l'objet de thèses assez nombreuses. Nous nous attacherons surtout à décrire la complication la plus rare de ces kystes, la torsion du pédicule.

Mais avant d'aborder cette étude, nous tenons à remercier tous nos maîtres de l'École de médecine de Rennes, en particulier MM. les Professeurs Bertheux,

Dayot, Perrin de la Touche, Lhuissier, Lautier, Lefeuvre, Le Damany qui nous ont guidé de leurs conseils sages et éclairés au début de notre carrière médicale.

Que les maîtres auprès desquels nous avons continué nos études à Paris reçoivent ici l'expression de notre sincère gratitude. Nous remercions tout particulièrement MM. les Professeurs Lannelongue, Bar et Robin.

Nous avons eu l'avantage, à la fin de nos études médicales, de passer deux ans en qualité d'interne des hôpitaux du Havre. Les maîtres que nous y avons rencontrés ont toujours été pour nous d'un bienveillant accueil. Nous leur en témoignons toute notre reconnaissance. Merci en particulier à MM. les docteurs Lecène, Brunschwig, Dubarry, Lenormand, Courbet. Merci également à MM. les docteurs Caron, Walch, Termet, Guillot, Deville, Deronde, Balard d'Herlinville, Leroy et Durand-Viel.

Nous n'avons pu profiter que peu de temps des enseignements de M. le docteur Sorel, chirurgien de l'hôpital Pasteur. Nous exprimons à ce maître bienveillant toute notre reconnaissance pour avoir bien voulu nous donner le sujet de cette étude, mettant à notre disposition et son temps et sa science.

Nous gardons un excellent souvenir des rapports que nous avons eus avec M. le Directeur des hôpitaux du Havre, l'Administration et tout le personnel.

Il nous reste à remercier tout particulièrement M. Marquer, interne des hôpitaux du Havre, qui s'est mis si complaisamment à notre disposition. Nous ne l'oublions pas.

Nous garderons également un excellent souvenir des moments passés dans les hôpitaux du Havre, au milieu de collègues qui furent tous nos amis.

Merci aussi à MM. Lemarié et Dominique, pharmaciens des hôpitaux.

M. le professeur Le Dentu a daigné nous faire l'honneur d'accepter la présidence de cette thèse. Qu'il veuille bien recevoir ici l'expression de notre vive gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Historique

Au point de vue de leur formation, les kystes du ligament large ont donné lieu à de nombreuses discussions et la dénomination de kystes parovariens et de kystes wolfiens sous laquelle on les désigne, prouve assez que leur étiologie est encore obscure.

Lieutaud (1), le premier qui en ait fait mention, les considère comme des « œufs pédiculés du ligament large ».

Dans sa thèse de doctorat, Follin (2), en 1850, les rapporta à une accumulation de liquide dans les canalicules qui forment l'organe de Rosenmüller.

En 1852, le professeur Verneuil (3) confirme les vues de Follin dans un mémoire lu devant la Société de Chirurgie et où il ne s'occupe, de même que les auteurs précédents, que de tumeurs assez peu volumineuses pour échapper complètement à l'observation clinique. Il les appela « kystes du corps de Wolff ».

(1) LIEUTAUD. — *Traité d'anat. histol. et prat.*, T. II.

(2) FOLLIN. — *In thèse de Paris*, 1850, p. 30. *Recherches sur le corps de Wolff*.

(3) VERNEUIL. — *Mémoires de la Société de Chirurgie*. — *Recherches sur les kystes de l'organe de Wolff*, T. IV-1852.

En 1857, Velpeau (1) décrivit sous le nom « de kystes rudimentaires extra-ovariques » de petites poches du volume d'un pois, d'une petite noix, remplies d'un liquide séreux, quelquefois visqueux, sanguinolent, contenues dans le ligament large.

Après la publication du mémoire de Velpeau, on ne s'occupa guère en France de l'étude des kystes du ligament large.

Ce n'est qu'en 1875 que Panas (2) fit paraître un mémoire basé sur cinq observations de ces kystes remarquables par la petite quantité de matières organiques de leur contenu.

Quelques années plus tard, Duplay (3) fait à l'hôpital Saint-Louis une leçon clinique sur les kystes du ligament large. Puis, en 1882, le même auteur fait paraître un article sur les kystes parovariques. D'après lui, ce seraient des kystes par rétention ayant pris naissance dans l'intérieur des canalicules de Rosenmüller. Sous son inspiration, un de ses élèves, Castaneda (4), fit la même année le sujet de sa thèse inaugurale.

A l'étranger, différents auteurs se sont occupés de la question.

En Angleterre, Spencer Wells (5) étudie, dans un intéressant mémoire, le développement de ces kystes ; puis successivement Bantock (6), Roberts, Clay, Medows, Wyn

(1) VELPEAU. — *Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1857. T. IV, p. 35.

(2) PANAS. — *Archiv. de Tocologie*, avril 1875.

(3) DUPLAY. — *Archiv. de Tocologie*, 1882-1883.

(4) CASTANEDA. — *Thèse Paris*. — *Kystes du ligament large*, 1882. n° 43.

(5) SPENCER WELLS. — *Medic. chir., Transactions*. T. XLVIII à LIV.

(6) BANTOCK. — *Transactions of the obst. Society of London*, 1874. T. XIV, p. 105.

William, Lawson Tait (1), Thorton, Holmes, Macdonald, rapportent des faits nombreux de kystes parovariques.

En Allemagne, nous citerons les noms de Spiegelberg (2), Schatz (3), Gusserow (4), qui en fit une étude assez complète, divise ces kystes d'après leur volume : Les petits seraient développés aux dépens de l'organe de Rosenmüller, tandis que les gros seraient de véritables kystomes. Olshausen, dans son important travail des maladies de l'ovaire, parle à plusieurs reprises des kystes du ligament large et avoue que, dans l'immense majorité des cas, le diagnostic est possible.

Surviennent les travaux de Winckel (5), Fischel (6), Beigel (7), Arning (8), Breisky (9).

En Suisse, nous trouvons, sur ce sujet, les travaux de Mueller (10), Kocher (11).

En Amérique, enfin, nous devons citer les noms de Washington Atlee (12), Palmer (13), Noegerrath (14).

(1) LAWSON TAIT. — *Traité des Maladies des Ovaires*. Trad. Olivier, 1886, p. 384.

(2) SPIEGELBERG. — *Arch. f. Gyn.* T. I, p. 482.

(3) SCHATZ. — *Arch. f. Gyn.* T. IX, p. 426.

(4) GUSSEROW. — *Arch. f. Gyn.* T. IX, p. 481. 1876.

(5) WINCKEL. — *Die path. des Weibl. sexual organe*. — Leipzig (1878 à 1881), p. 80.

(6) FISCHEL. — *Arch. f. Gyn.*, 1879-1884. T. XV, p. 498.

(7) BEIGEL. — *Krank Leiten des weibl. geschlecht*. — Leipzig. T. I.; p. 524. T. II, p. 61.

(8) ARNING. — *Arch. f. Gyn.* T. X, p. 392.

(9) BREISKY. — *Prag. medicinische Wochenschrift*, 1879, 16 juillet.

(10) MUELLER. — *Corresp. Blatt f. Schweitzer*, A. 1^{er} et 15 octobre 1879.

(11) KOCHER. — *Corresp. Blatt f. Schweitzer*, A. 1^{er} et 15 janvier 1880.

(12) WASHINGTON ATLEE. — *Transact. of the obstetric. Society of Cincinnati*, 11 avril 1878.

(13) PALMER. — *American journal of obstetric*, 1879, p. 345.

(14) NOEGERRATH. — *Philadelphia med. and. surgical reports*, octobre 1876.

Plus récemment en France, de Sinéty (1) a repris l'étude de ces kystes. Pour cet auteur, les grands kystes se rapprocheraient des épithéliomas mucoïdes de l'ovaire, tout en admettant la possibilité pour les ovaires surnuméraires de dégénérer en poche liquide.

Mangin en 1888 (2) les considère comme des productions du tissu conjonctif des ligaments larges.

Puis nous trouvons une observation de Binaud et Chavannaz (3) dans la *Gazette hebdomadaire des Sciences médicales*, de Bordeaux. Cette observation est la première, après celle de Lawson Tait, qui ait rapport à la torsion du pédicule dans les kystes parovariens.

Raimondi (4) en 1897 a fait, dans sa thèse de doctorat, une étude complète des kystes du ligament large en général.

En 1898, paraît la thèse de Baron (5), interne de M. Bouilly, qui contient deux observations de kystes du ligament large à pédicule tordu, l'une recueillie dans le service de son maître, l'autre due au Dr Chaput.

La même année, Bouilly (6), dans *La Gynécologie*, fait paraître la première étude sur les kystes parovariens avec torsion de leur pédicule.

En 1903, M. Lance (7) présente à la Société anatomique

(1) DE SINÉTY. — *Traité pratique de gynécologie des maladies des femmes*, 1884.

(2) MANGIN. — *Nouvelles arch. d'obst. et de gynec.*, 1888, 25 juin p. 104.

(3) BINAUD ET CHAVANNAZ. — *Gaz. hebdom. des Sc. médic.*, de Bordeaux, 1896 n° 23 p. 260.

(4) RAIMONDI. — *Des kystes du lig. large. Thèse*, Paris, 1897.

(5) BARON. — *Thèse* Paris, 1898. (*Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire*).

(6) BOUILLY. — *La Gynec.* 1898) p. 481.

(7) LANCE. — *Société anat.* 23 janvier, 1903.

un cas de kyste parovarien opéré par M. Ricard dont il était l'interne,

Sikora, de Tulle (1), la même année, étudie la question dans un numéro de la *Presse médicale* du samedi 29 août,

L'observation la plus récente, publiée en France, est celle du Dr Sorel (2).

Enfin, il nous reste à citer deux observations parues dans ces dernières années en Amérique, l'une de Lund (3), et l'autre de Edelbolhs (4).

(1) SIKORA. — *Presse médicale*. Samedi 29 août 1903, n° 69 p. 613.

(2) SOREL. — *Revue médicale de Normandie*, 10 septembre 1903, n° 71 p. 366.

(3) LUND. — *Boston méd. et surg. journal*, 190, CXLIII, p. 208-209.

(4) G.-M. EDELBOLHS. — *Migrated ovarian and paraovarian tumors medical record*, 18 août 1901.

CHAPITRE II

Anatomie Pathologique

L'anatomie pathologique des kystes parovariens se trouve résumée dans le traité de chirurgie de Le Dentu et Delbet (1).

D'après ces auteurs, ces kystes sont ordinairement uniques, arrondis, régulièrement lisses ou légèrement lobulés. S'ils sont multiloculaires, ce qui n'est pas la disposition habituelle, leur volume variable atteint en moyenne celui d'un ou deux poings et dépasse rarement 7 à 9 litres. On a observé cependant des poches de 17 litres et au delà.

Le contenu des kystes wolffiens est un liquide aqueux, clair comme du cristal de roche, alcalin, de densité faible 1002 à 1008, contenant de 8 à 16 grammes par litre de chlorure de sodium, mais pas de pseudo-mucine, ni de paralbumine.

Cependant ce défaut de paralbumine n'est pas pathognomonique. On a trouvé dans certaines formes papillaires un liquide épais. Duplay, Le Dentu, Winckel, Spiegel-

(1) LE DENTU ET DELBET. — *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, 1904. T. X, p. 906.

berg en ont cité des exemples. Jeanbraü et Moitessier ont trouvé dans leurs cas, 4 gr. 98 par litre d'albumine et de globuline. La paroi de ces kystes est généralement mince, transparente, à reflets verdâtres, quelquefois plus épaisse et clivée sur trois couches.

Elle est formée de tissu conjonctif contenant quelques fibres lisses qui ne sont pas spéciales à ces kystes comme le croit Spiegelberg; des vaisseaux ténus rampent dans son épaisseur.

La surface interne est tapissée d'épithéliums d'aspect variable et Raimondi (1) reconnaît, d'après leur structure histologique, trois variétés de kystes dont l'évolution clinique est également différente. Dans la première, l'épithélium est nettement cylindrique à une seule assise, et le liquide est absolument clair; dans la deuxième, kystes à parois lisses, l'épithélium est cylindro-cubique et le contenu plus épais; enfin dans les kystes papillaires, caractérisés par la présence de végétations, l'épithélium est polymorphe, formé de plusieurs assises de cellules plates et minces, en certains points cylindriques, ciliées ou non, et caliciformes. Le liquide est visqueux, plus ou moins teinté, comme celui des kystes mucoïdes.

La surface extérieure de la poche est lisse et généralement peu adhérente aux feuillets du ligament dont elle est séparée par une couche celluleuse dans laquelle rampent les vaisseaux. Elle atteint d'un côté la paroi pelvienne et de l'autre refoule l'utérus qui est généralement en rétro-position. L'ovaire souvent intact et la trompe étirée surmontent la tumeur.

Celle-ci tantôt reste pelvienne, tantôt se développe

(1, RAIMONDI. — *Loc. cit.*

dans la cavité abdominale en étirant le ligament de manière à le pédiculiser dans une certaine mesure. L'inflammation, l'hémorrhagie, la rupture, la torsion peuvent en compliquer l'évolution.

CHAPITRE III

Théorie Pathogénique (1)

Nous ne reproduirons pas les différentes théories émises par les auteurs pour expliquer la pathogénie des kystes du ligament large. Le plus grand nombre de ces kystes prennent naissance dans le parovaire, d'où leur nom générique de kystes parovariens. Ils se développent soit dans les canalicules verticaux de l'organe de Rosenmüller, soit dans le canal de Kobelt, soit plus rarement dans les vestiges du canal de Gartner, tous débris du corps de Wolff. D'où la dénomination de kystes wolffiens, sous laquelle ils sont aussi désignés. D'autres peuvent prendre naissance dans le tissu conjonctif, en dehors du parovaire : hygroma ou hydropisie sous-séreuse (Mangin), kystes lacunaires (A. Doran). Pour Gusserow, les gros kystes seraient de véritables kystomes, comme ceux de l'ovaire, et de Sinéty émettait une opinion analogue en attribuant un grand nombre d'entre eux à des ovaires surnuméraires et erratiques.

(1) LE DENTU ET DELBET. — *Traité de Chirurgie clinique*, 1901, p. 906.
T. X.

CHAPITRE IV

Symptômes et Évolution (1)

Les signes de début sont nuls et des plus vagues. Plus tard, le ventre apparaît arrondi, plus volumineux d'un côté, mais non acuminé comme dans le cas de kystes de l'ovaire.

Au palper, on constate, au-dessus de l'arcade, une tumeur arrondie, ovoïde, mate, souvent mobile, dépressible et nettement fluctuante, parfois ferme, tendue, résistante, difficile à circonscrire inférieurement. Au toucher, le col utérin est dirigé en haut, le corps dévié en arrière ou quelquefois en avant ; souvent il conserve une certaine mobilité (Raimondi). Des phénomènes de compression constants, lorsque la tumeur est enclavée, se manifestent du côté de la vessie, du rectum, de l'urètre, plus rarement sur les vaisseaux et les nerfs. Dans les kystes simples, la douleur est nulle, ou ne se traduit que par une certaine gêne ; la menstruation est à peine troublée ou reste normale et, sauf quelques troubles dyspeptiques, la santé générale reste longtemps bonne.

(1) LE DENTU et DELBET. — *Traité de Chirurgie clinique*, 1901, p. 908. T. X.

Dans les kystes à paroi lisse, la douleur est plus précoce et suffisante pour exiger le repos, au moins pendant la période menstruelle. La menstruation est ordinairement troublée dès avant l'apparition des signes physiques de la tumeur. Les kystes papillaires évoluent comme des tumeurs malignes, à marche lente et leur pronostic est relatif à la proportion d'albuminoïdes contenue dans le liquide. La marche de ces tumeurs est lente, même dans cette dernière variété : Plannestiel en a opéré deux qui dataient de douze ans ; elle peut procéder par poussées coïncidant avec une hémorragie, une complication inflammatoire ; elle ne semble influencée ni par le jeune âge, ni par la ménopause. Les kystes du ligament large coexistent parfois avec d'autres lésions et sont sujets à des complications qui ont été bien exposées par Raimondi ; telles sont la torsion du pédicule avec toutes ses conséquences (Bouilly), l'hémorragie intrakystique (Th. de Cocquelet) (1), la rupture qui a pu causer la mort subite (Bouilly), et qui est, en certains cas, un moyen de guérison, l'obstruction intestinale, l'infection et la suppuration. Ces dernières s'observent de préférence au cours de la grossesse ou après l'accouchement. En pareil cas, il n'est pas rare de trouver en même temps que du pus, du liquide kystique clair (Raimondi).

Ces kystes peuvent coexister avec la grossesse, avec un fibrome, un hydrosalpinx, certains cas tératologiques, enfin, ils peuvent être contenus dans une hernie.

(1) COCQUELET. — *Thèse de Paris*, 1897. Sur un cas de complication d'un kyste du ligament large.

CHAPITRE V

Torsion du Pédicule

Nous avons parlé, comme complication possible des kystes du ligament large, de la torsion de leur pédicule. Quelques rares auteurs, entre autres Duplay et son élève Castaneda, considèrent la torsion comme un fait très peu fréquent. Ils ne font mention que d'un seul cas, communiqué par Lawson Tait. Bouilly (1) dans un mémoire paru dans la *Gynécologie* de Décembre 1898, rapporte seulement quelques observations de kystes intraligamenteux ayant présenté des accidents dus à la torsion de leur pédicule.

Un des premiers, Quénu (2) signale l'évolution possible dans laquelle le ligament large est étiré, aplati en lame et arrive à constituer un véritable pédicule à la tumeur mobile dans l'abdomen. La base d'implantation étant très large, on comprend que la tumeur peut difficilement pivoter et la torsion du pédicule se produire.

(1) BOUILLY. — *La Gynécologie*, décembre 1898, page 481. — De la torsion des kystes parovariens et des lésions qui peuvent la simuler.

(2) QUÉNU. — *Revue de Chirurgie*, 1890.

Dans son *Traité de gynécologie*, Pozzi (1) admet aussi que les kystes du parovarium peuvent, en se développant du côté de la cavité abdominale, acquérir une certaine mobilité et étirer le ligament large, de façon à constituer une sorte de pédicule lamellaire.

L'étude la plus récente de cette question a été faite par Sikora (2), de Tulle, qui, à l'occasion d'un de ces cas, a réuni dans son travail trois observations précises. Pour lui, plusieurs conditions sont nécessaires pour permettre la torsion du pédicule des kystes du parovaire.

La première est le volume assez considérable du kyste. — Les kystes de petit volume sont sessiles ou ont un pédicule trop large pour permettre la torsion. Dans les kystes de gros volume, au contraire, comme l'a bien montré M. Quénu (3), le ligament large est aplati, étiré, formant un long pédicule à la tumeur, la rattachant de l'abdomen « où elle se développe maintenant » au bassin « où elle a pris naissance ».

La seconde condition est la gracilité du pédicule. Si, en effet, la base d'implantation est large, elle permet facilement les mouvements dans le sens antéro-postérieur, sorte de mouvement de charnière se passant dans le bord supérieur du ligament large. Mais, en revanche, elle gêne considérablement les mouvements de rotation, les mouvements de torsion.

Cependant, même avec un pédicule large, la torsion peut se faire progressivement, par mouvements successifs, pour ainsi dire d'une façon chronique, le pédicule

(1) POZZI. — *Traité de Gynécologie*, 1897, p. 107.

(2) SIKORA. — *Presse Médicale*, 29 août 1903.

(3) QUÉNU. — *Loc. cit.*

diminuant peu à peu de largeur, ce qui lui permet de continuer le mouvement de spire commencé.

Bien que le mécanisme de cette torsion n'ait pas été suffisamment expliqué, il semble qu'elle reconnaît la même cause que la torsion du pédicule des kystes ovariens : alternative de déplétion et réplétion des organes voisins, tumeurs de voisinage, mouvements brusques, ponction, grossesse. C'est cette dernière explication que donnent MM. Bégouin et Fieux (1) dans leur observation. Le kyste qui s'était développé en même temps qu'une grossesse présenta, après l'accouchement, des phénomènes de torsion parce qu'il n'était plus calé par l'utérus gravide.

Dans les observations que nous avons recueillies, les tours de spire du pédicule sont très variables, trois ou quatre dans l'observation I (Lawson-Tait); un tour de spire et demi, observation II (Binaud et Chavannaz); quatre fois et demi, observation III (Bégouin et Fieux). Il n'y avait qu'un quart de tour environ dans l'observation IV de Baron; trois ou quatre dans l'observation V du même auteur. Chavannaz, dans son observation (observation IX, mentionne un tour et demi, et Sikora deux tours. Enfin, dans notre observation (observation Sorel) le pédicule était tordu une fois et demi.

Quant à la direction de ces tours de spire, il semble qu'elle a lieu le plus souvent de gauche à droite. C'est le cas des observations I, III, IV, X. Dans les autres, il n'est pas fait mention de cette particularité.

Le pédicule peut être libre ou contracter des adhérences avec les organes voisins. Le fait s'est produit

(1) BÉGOUIN ET FIEUX. — *Soc. d'obst. et de gynéc. et de pédiatrie de Bordeaux*, 25 mai 1897.

dans l'observation de Lawson-Tait, (observation I) et observation II dans lesquelles le pédicule était adhérent à l'ovaire et à la trompe.

D'après Bouilly, la torsion du pédicule des kystes ovariens produit, dans les parois de la tumeur, des troubles de nutrition donnant lieu soit à une infiltration sanguine, soit à une tendance au sphacèle, complet ou limité. Les tissus se ramollissent et deviennent friables. Dans les kystes parovariens, au contraire, les altérations sont en général peu apparentes et constituent une exception. Dans l'observation de Lawson-Tait (1), cependant, il est dit que « les parois étaient couleur noir de perle, adhérentes de toutes parts par une lymphe récente. » Les altérations semblent plus marquées du côté de la paroi interne. Celle-ci était noire, gangréneuse et par places absolument putride dans le cas de Lawson-Tait.

De même, Edelbohls dans son observation (obs. VIII), rapporte qu'il trouva une poche parsemée de plaques d'ecchymoses et de gangrène commençante.

Le plus souvent, le liquide contenu dans la poche reste clair et limpide comme « l'eau de roche ». La ponction dans le cas de Bégouin et Fieux donna issue à un liquide légèrement rouge sous une couche épaisse, et noir dans celui de Lawson-Tait. Dans les deux cas de Herbeaux et de Sorel, le liquide avait une consistance épaisse et était de couleur chocolat. Edelbohls trouva un liquide hématique dans la poche kystique.

L'intégrité relative de ce genre de tumeurs qui, *à priori*, semble paradoxale, nous semble facile à expli-

(1) LAWSON-TAIT. — *Traité des Maladies des ovaires*, traduction Olivier, 1886, p. 384.

quer si l'on considère la nature du pédicule. En effet, celui-ci constitué anatomiquement par le ligament large étiré, présente toujours une surface assez étendue pour permettre, malgré sa torsion, une circulation suffisante dans les vaisseaux.

La largeur du pédicule est très variable, de 4 à 6 centimètres dans les cas où il en est fait mention. Seul Lawson-Tait rapporte dans son observation que le pédicule était réduit à « un crayon d'artiste ».

Pour expliquer l'absence d'épanchement sanguin intra-kystique, Bégouin et Fieux (1) admettent l'oblitération veineuse seule avec intégrité de la circulation artérielle.

Chavannaz (2) met en avant le peu de vascularisation du pédicule.

Par le fait de leur développement, les kystes du ligament large peuvent déterminer, du côté des annexes, des modifications que la torsion du pédicule vient augmenter encore. Ce sont des phénomènes congestifs, se traduisant par une coloration violacée de l'ovaire et de la trompe (Binaud et Chavannaz) ; apoplectique (Baron, cas de Chaput). Parfois l'ovaire est augmenté de volume, non aplati, présentant à sa surface de petits kystes hématiques ; la trompe est étirée et allongée (observation de Sikora). Dans notre cas (observation Sorel), l'ovaire, situé en arrière de la tumeur, avait une consistance fibreuse, la trompe, au contraire, située en avant du kyste, était augmentée de volume et gorgée

(1) BÉGOUIN et FIEUX. — *Soc. d'obst. et de gynéc. et de Pédiatrie de Bordeaux*. Séance du 25 mai 1897. Compte-rendu emprunté au *Journal de Médecine de Bordeaux*. 6 juin 1897, n° 23, page 279.

(2) CHAVANNAZ. — *Société de gynéc. et d'obst. et de Pédiatrie de Bordeaux*. Février 1903.

de sang. Ces accidents peuvent acquérir une gravité exceptionnelle comme chez la malade d'Edelbohls où l'on trouva un pédicule dont la torsion était telle qu'il s'était rompu. De plus il était gangréné ainsi que la totalité de la trompe et de l'ovaire du même côté.

Cette rupture donna lieu à un épanchement sanguin dans la cavité pelvienne et détermina du côté de la séreuse une réaction inflammatoire qui permit à la tumeur, devenue libre, de contracter des adhérences vasculaires. Ces pédicules adventices étaient sillonnés de nombreux vaisseaux qui auraient pu permettre à la tumeur de vivre et de se développer.

Outre ces phénomènes de compression, on a noté, dans presque tous les cas, des déplacements de l'utérus qui était refoulé en arrière. Lund (obs. VII) trouva chez son opérée l'utérus refoulé en avant.

Jamais on n'a noté de rupture de la poche, et cela tient à la faible tension du liquide intra-kystique.

Examen histologique. — L'examen histologique de la tumeur, pratiqué dans le cas de Sikora, démontra que la partie externe de la poche était formée de tissu conjonctif, renfermant dans son épaisseur un très grand nombre de vaisseaux sanguins à parois peu épaisses. Les vaisseaux étaient gorgés de sang; quelques-uns même rompus, ce qui avait produit de petites hémorrhagies interstitielles.

La surface interne de l'enveloppe kystique est tapissée d'un rang de cellules cylindriques et caliciformes, soulevé en quelques points par un axe conjonctif simulant de petites franges épithéliales.

Cet examen a été pratiqué par M. Paris, interne des hôpitaux de Paris.

Symptomatologie. — Dans tous les cas que nous avons étudiés, la douleur a été constatée, sauf dans l'observation III de Bégouin et Fieux (1). Cette douleur est localisée, le plus souvent, du côté droit. (Elle siègeait dans le flanc gauche dans l'observation II. Un de ses caractères particuliers, c'est qu'elle survient par crises simulant des coliques, ce qui, chez une malade, fit porter le diagnostic de coliques hépatiques.

Bien que l'intensité soit fort variable, on a noté, cependant, dans certains cas, des douleurs intolérables, ayant nécessité l'emploi des hypnotiques. La douleur, le plus souvent localisée à l'endroit où siègeait la tumeur, a présenté des irradiations allant de la cuisse à l'aisselle, comme dans l'observation IV. Un fait remarquable à noter, c'est que, le plus souvent, les phénomènes péritonéaux ont été peu accentués ou même ont fait complètement défaut. Malgré les crises douloureuses et quel que fût le volume de la tumeur, l'état général resta bon. Même dans le cas de (2) Lawson-Tait (obs. I), où l'on trouva un kyste gangrené, la malade ne présenta qu'un facies peu altéré. (3) Sikora (obs. X) note un facies amaigri chez son opérée.

Les nausées et vomissements que l'on rencontra dans les phénomènes péritonéaux cédèrent à la simple ingestion de boissons glacées.

Le peu de réaction accompagnant les accidents de la torsion, nous explique pourquoi, dans aucun cas, on n'a noté d'élévation de la température, sauf dans le

(1) BÉGOUIN et FIEUX. — *Loc. cit.*

(2) LAWSON-TAIT. — *Loc. cit.*

(3) SIKORA. — *Loc. cit.*

cas de Lawson-Tait, où la température était montée à 39° le soir.

Le plus souvent, la tumeur occupait la ligne médiane, repoussait le corps utérin en arrière, et le mettait en rétroversion. La fluctuation a présenté des degrés très variables. Dans quelques cas, la tumeur était tellement tendue, qu'il était impossible de la percevoir,

Quel que soit le volume du kysté, les règles semblent avoir été souvent influencées mais dans aucun cas on n'a rencontré d'ascite.

Diagnostic. — Si l'on veut bien relire les symptômes que nous venons de décrire d'après nos observations, il nous semble *à priori* bien difficile d'en trouver un qui soit pathognomonique de la torsion du pédicule des Kystes du ligament large.

En effet, on ne rencontre ni dans la douleur, ni dans les troubles fonctionnels que détermine leur évolution des caractères bien différents de ceux qui accompagnent le développement des kystes ovariens. Le peu d'observations que nous possédons en rend le diagnostic plus difficile encore.

Pronostic. — De ce que nous avons vu dans le cours de cette étude, il semble résulter que le pronostic de cette affection soit relativement bénin. Le développement de ces tumeurs n'a pas sur l'organisme le retentissement que l'on constate dans les kystes ovariens. Malgré la durée de leur évolution, l'état général reste relativement bon et l'intervention n'a entraîné qu'un seul cas de mort (obs. III). Il serait cependant imprudent de mettre sur le compte de la tumeur seule, cette terminaison fatale,

puisque l'opération eut lieu treize jours après l'accouchement, au cours duquel on avait noté des phénomènes d'infection.

Traitement. — S'il est presque impossible de diagnostiquer à quelle variété de kystes appartient la torsion du pédicule, l'indication opératoire n'en reste pas moins la même. Il est vrai que chez presque toutes les opérées, dont nous avons étudié les observations, la réaction, due aux phénomènes de torsion ne fut pas intense au point de nécessiter une intervention immédiate.

Mais rien n'autorise à conclure que des accidents plus graves ne surviendront pas, car la torsion du pédicule des kystes parovariens peut avoir pour conséquence comme dans les kystes ovariens, le sphacèle et la gangrène de la tumeur. Il faut donc intervenir dans ce cas et au lieu de la simple ponction préconisée autrefois, la méthode aseptique nous permet à l'heure actuelle d'aller à la recherche de la tumeur et de la traiter comme les productions kystiques de l'ovaire à pédicule tordu.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Un cas de gangrène de tumeur para-ovarienne, due à la rotation axile.

LAWSON TAIT. — *Traité des maladies des ovaires* (1).

En 1879, j'eus l'occasion exceptionnelle d'observer dans ma pratique, trois cas de gangrène de tumeurs ovariennes ou para-ovariennes due à la rotation axile.

Le premier cas me fut envoyé par le Dr. Faumett de Tamworth. La malade était âgée de 46 ans : elle était accouchée pour la dernière fois quatre ans auparavant et elle était bien réglée. Je la vis pour la première fois l'an dernier ; elle était atteinte d'une petite tumeur qui d'après mon diagnostic, devait être monokystique, probablement para-ovarienne. Je lui conseillai de ne se soumettre à aucune opération jusqu'à ce que la tumeur fût plus considérable. Elle revint le 9 juin ; sa tumeur avait considérablement augmenté et elle souffrait de douleurs abdominales intenses. Sa figure avait une expression anxieuse, toute particulière et sa température montait à 39° le soir. Je lui recommandai donc l'enlèvement immédiat de la tumeur.

A l'ouverture du ventre je trouvai un kyste de couleur noir

(1) LAWSON TAIT. — *Traité des maladies des ovaires*. — Trad. Olivier 1886 p. 384. — Cité par BOUILLY. — *La Gynécologie*. — décembre 1898 p.

de perle, adhérent de toutes parts par une lymphie récente. Son contenu était absolument noir et ses parois étaient noires, gangréneuses et par places absolument putrides. Le pédicule était tordu trois ou quatre fois et au niveau du point où l'étranglement était à son maximum, il n'avait que l'épaisseur d'un crayon d'artiste. Je le liai immédiatement au-dessous de ce point. Après l'opération, elle ne ressentit aucune douleur : jamais la température ne monta au-dessus de 37° et elle guérit parfaitement.

L'ovaire droit était compris dans la gangrène, mais il ne faisait pas corps avec la tumeur. La rotation s'était faite de dedans en dehors vers la droite. L'opération fut pratiquée sans employer les précautions antiseptiques de Lister.

OBSERVATION II

BINAUD ET CHAVANNAZ. — *Société de Gynécologie d'Obstétrique et de Pédiatrie de Bordeaux, 1895. (1).*

Il s'agit d'une malade âgée de 27 ans : elle ne présente rien de particulier dans ses antécédents que deux grossesses à 18 et 22 ans. Troubles de la menstruation à partir de l'âge de 24 ans.

Crises de douleurs dans le flanc gauche comparées par la malade à des coliques, accompagnées de ballonnement du ventre et de vomissements assez fréquents.

Le ventre augmente graduellement de volume.

L'examen fait diagnostiquer la présence d'un kyste uniloculaire de l'ovaire mobile.

Laparotomie le 30 Décembre 1895. Ponction de la tumeur avec le trocart de Kœberlé : issue de liquide clair comme de l'eau. Pédicule de 4 centimètres de large et 10 centimètres de longueur, tordu sur lui-même d'un tour de spire et demi. On reconnaît que le kyste est intra ligamenteux ; l'ovaire violacé est étiré ; la trompe est également étirée et violacée ; ces deux organes sont accolés au pédicule.

(1) Mém. de BOUILLY, *loc. cit.*

• OBSERVATION III

MM. BÉGOUIN ET FIEUX. — *Société d'Obstétrique, de Gynécologie et de Pédiatrie de Bordeaux* (1).

MM. Bégouin et Fieux présentent des pièces provenant d'une fille de 28 à 29 ans, sourde, scrofuleuse, qui entra dans le service de M. le professeur Demons, présentant une tumeur abdominale. A l'examen, on lui trouva une grossesse de six mois environ et un kyste de l'ovaire. Transférée à la clinique obstétricale, elle ne tarda pas à entrer en travail et accoucha au bout de quelques jours d'un enfant qui vécut 3 jours.

Les suites de couches furent normales jusqu'au dixième jour. A ce moment-là, les lochies se supprimèrent et le toucher vaginal montra un utérus gros, mou, dont la consistance était celle du mastic et fortement rétrofléchi.

M. Fieux le réduisit sous le chloroforme; mais dès le lendemain matin, la rétroflexion s'était reproduite. Le ventre était néanmoins souple, le kyste lâche, peu tendu : il y avait des vomissements et de la rétention des lochies. On pratiqua la laparotomie treize jours après l'accouchement. On trouva une tumeur sans adhérences de couleur rouge violacé.

A la ponction, il vint un liquide très clair, limpide, de l'apparence du liquide d'un kyste du parovaire. La teinte en était légèrement rouge sous une couche épaisse.

En enlevant cette poche unique, on trouva que c'était un kyste du ligament large, tordu quatre fois et demie de gauche à droite sur son pédicule, ayant entraîné l'ovaire qui avait fait un tour et demi. La trompe était en écharpe sur la paroi du kyste. L'utérus et l'autre ovaire paraissaient sains. Dans la suite opératoire, les lochies réapparurent; on put donner des injections intra utérines. La malade mourut néanmoins 50 heures après.

Dans les détails qui suivent, les présentateurs font remar-

(1) BÉGOUIN ET FIEUX. — *Journ. de Méd. de Bordeaux*, 6 juin 1897, n° 23, p. 279. In mém. de Bouilly, *loc. cit.*

quer que la poche n'était pas tendue ; on constatait un épanchement de sang dans l'épaisseur des parois de la poche.

Ils pensent que la torsion a été due, ici, à ce que le kyste n'était plus calé par l'utérus gravide.

Les symptômes étaient très peu marqués ; il n'y avait pas de douleur, pas de météorisme.

OBSERVATION IV

BARON (1). — *Kyste para-ovarien intra-ligamenteux avec légère torsion du ligament large ; ovariectomie ; guérison.* — *Thèse de Paris, 1898.*

D... Joseph., 29 ans. Sans profession. entrée le 27 février 1894 ; mère rhumatisante ; père bien portant.

Antécédents personnels. — Réglée à 14 ans, bien régulièrement, pas de pertes blanches.

Dans son enfance elle a été un peu malade. Mariée à 20 ans, première grossesse 9 mois après. Accouchement à terme facile ; elle allaite jusqu'à 11 mois ; deuxième grossesse 20 mois après, à 22 ans : accouchement à terme ; troisième grossesse 2 ans après, à 24 ans. Accouchement assez laborieux ; elle allaite ses deux derniers enfants pendant trois mois.

Depuis sa dernière grossesse la malade a toujours été très faible et très constipée. Cette constipation lui causait des douleurs dans le ventre. Pendant quelques jours, avant ses règles, elle a un peu de leucorrhée. Le 5 février, elle est subitement prise, au lit, d'une douleur violente, sans raison (elle avait veillé, elle avait dansé un peu).

Cette douleur qui était très vive siégeait surtout dans la région lombaire et le flanc droit, s'irradiant dans la cuisse droite et un peu jusqu'à l'aisselle du même côté. Elle provoqua plusieurs vomissements. La durée fut de 10 à 12 jours avec quelques heures de rémission. Le médecin consulté

(1) BARON. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *Thèse de Paris, 1898, p. 61.* Cité par Bouilly, *loc. cit.*

porta le diagnostic de coliques hépatiques et fit des piqûres de morphine. La semaine suivante, la malade a ses règles comme à l'habitude. Elle entre à Cochin le 27 février.

Etat actuel. — En palpant le ventre, on constate une tumeur médiane, ne remontant pas jusqu'à l'ombilic, fluctuante.

Au toucher, utérus et tumeur semblent solidaires et dépendants. La tumeur kystique bombe en avant de l'utérus dans le cul-de-sac antérieur.

Diagnostic. — Kyste de l'ovaire à pédicule tordu et vraisemblablement du côté droit, à cause du début des douleurs.

Opération. — Le samedi 4 mars, laparotomie. Après ouverture du ventre, on tombe sur un kyste para-ovarien droit, intra-ligamenteux, ayant subi une torsion de $\frac{1}{4}$ de tour environ de gauche à droite.

Le kyste n'a pas d'adhérences, renferme un liquide citrin, environ un litre. Le pédicule se faisant bien, M. Bouilly, sans décortiquer le kyste, l'enlève avec le ligament large correspondant.

Suture de la paroi en deux plans au crin de Florence.

Suites opératoires. — Bonnes. Ablation des fils le 10 mars; 19 mars, petit abcès de la paroi, sort guérie le 22 mars.

OBSERVATION V

BARON (1). — *Kyste paro-ovarien pédiculisé. Grossesse de 3 mois, torsion du pédicule; utérus rétrofléchi.*

Laparotomie. Guérison

(due au docteur Chaput) *Thèse de Paris, 1898*

Ernestine H., âgée de 28 ans, couchée salle Delessert, lit n° 2, le 13 juin 1898, à l'hôpital Tenon, service du docteur Chaput.

Réglée à 14 ans, régulièrement, sans douleur; mariée à 16 ans. Trois enfants, le 1^{er} il y a 11 ans, le 2^e il y a 8 ans, le

(1) BARON. — *Loc. cit.*

3^e il y a deux ans. Couches et suites de couches normales. Pas de fausse couche.

Il y a 3 ans, la malade entre à l'hôpital Tenon parce qu'elle ressentait des douleurs dans le ventre, du côté droit, et qu'elle sentait une tuméfaction de ce côté. On lui conseille l'opération qu'elle refuse; on lui fait une ponction sous le chloroforme en un point qu'elle ne peut préciser, et on lui dit qu'elle est atteinte d'un kyste hydatique. Elle reste trois semaines et sort guérie.

Plus d'accidents, jusqu'à ces derniers mois où elle ressent des douleurs qui augmentent depuis un mois, et deviennent intolérables le 11 juin. Elle a des vomissements bilieux continus; mais elle croit être enceinte, ses dernières règles datent du 2 avril.

La malade a été examinée à son entrée. Elle souffre du ventre qui est très sensible à la palpation, elle a des vomissements, pas de fièvre; elle en aurait eu les jours qui ont précédé son entrée à l'hôpital. On hésite entre le diagnostic de kyste de l'ovaire à cause de la tumeur fluctuante, juxta-utérine, le fond de l'utérus, gros et rétrofléchi, empêchant la tumeur de proéminer vers les culs-de-sac vaginaux, — et le diagnostic de kyste hydatique. Le docteur Chaput se basant sur l'histoire ancienne du kyste hydatique pense plutôt à une tumeur de cette nature. La ponction exploratrice, qui retire un liquide clair comme de l'eau de roche, semble confirmer son diagnostic.

La tumeur développée à droite, dépasse largement la ligne médiane gauche; elle dépasse l'ombilic de 2 à 3 travers de doigt, pas de matité hépatique, ni sous-hépatique.

Le 15 juin, laparotomie. La ponction ramène 3 litres de liquide clair; ablation de la poche non adhérente; ligature sur la trompe et l'ovaire tout à fait apoplectiques. Le kyste était pédiculisé sur le ligament large qui dut être détourné 3 ou 4 fois.

Redressement de l'utérus; suture. Ablation des fils 8 jours après; guérison. La malade continue sa grossesse.

OBSERVATION VI

HERBEAUX. — *Un cas de kyste du parovarium avec torsion du pédicule* (1).

B... Marie. 45 ans, gouvernante, vient le 12 mai 1899 au dispensaire Saint-Raphaël, se faire opérer par M. Duret pour une tumeur de l'abdomen.

Réglée à 14 ans, a toujours eu depuis ses règles normales, n'a jamais eu d'enfants et s'est toujours très bien portée jusqu'à ces dernières années. Bons antécédents personnels et héréditaires.

Il y a deux ans, elle commença à se plaindre de troubles digestifs et de gêne dans la défécation. Mais ses règles restant régulières et son état de santé très bon, elle ne se fit pas examiner par un médecin. Il y a trois semaines, elle présenta des symptômes de péritonite. Le docteur consulté lui ordonna des applications de glace loco dolenti et des boissons glacées. Ces symptômes alarmants disparurent en quelques jours. Mais le médecin remarqua en examinant le ventre, qu'il présentait une tumeur occupant le flanc droit et débordant jusqu'à la ligne médiane.

Le toucher vaginal étant presque impossible à cause de l'étroitesse excessive du vagin, M. Duret dut se contenter du palper abdominal.

Il sentit une tumeur très dure, peu mobile, située presque sur la ligne médiane.

Il diagnostiqua un fibrome. Ce n'est qu'à l'ouverture du ventre que le chirurgien reconnut un kyste parovarien dont le pédicule était tordu. Après avoir rompu les adhérences multiples, mais peu consistantes du kyste, il pinça le pédicule et en fit la ligature.

Le 1^{er} juin, la guérison était complète et la malade se levait ;

A l'examen, ce kyste paraît avoir le volume de deux poings,

(1) HERBEAUX. — *Journal des Sciences médicales de Lille*, 29 juillet 1899, n° 29 page 91.

les parois sont épaisses, opaques, très vasculaires. On voit qu'il s'est développé entre les deux feuillets du ligament large droit. La trompe allongée et hypertrophiée se trouve étalée à sa partie supérieure. Sectionnée il s'en échappe un litre environ de liquide visqueux et couleur chocolat. Une fois vidée on remarque que la surface interne de la poche est parsemée de taches ecchymotiques, indiquant nettement qu'elle était le siège de phénomènes inflammatoires.

OBSERVATION VII

LUND F. B. (1). — Un cas de kyste parovarique avec torsion du pédicule se produisant au quatrième mois de la grossesse. Opération; guérison; accouchement normal et à terme.

(*Boston méd. et surg.*, 1900, CXLIII, 208-209.

La Gynécologie, 1901, p. 70)

C'est une femme de 27 ans, qui, un jour, le 13 juillet 1899, en se penchant en avant, fut prise de vives douleurs dans la région inguinale droite. Cette femme, mariée, avait deux enfants; le dernier était âgé de dix mois. Le flux menstruel avait reparu il y a sept mois, et avait été régulier jusqu'à, il y a trois mois.

Elle avait des vomissements dans la matinée et un écoulement vaginal.

Elle se croyait enceinte de trois mois.

L'examen révéla une tumeur fluctuante, plus grosse qu'un utérus dans une grossesse de 3 mois, tumeur s'étendant en haut, jusqu'à l'ombilic, occupant la région hypogastrique et s'étendant plutôt dans la région inguinale droite que dans la gauche. On ne pouvait pas la différencier de l'utérus lui-même. La malade fut conduite à l'hôpital et, les douleurs continuant, on décida d'opérer. On incisa légèrement la partie externe du muscle droit et on tomba sur le pédicule tordu qui n'était autre que le ligament large avec ses veines

(1) LUND (F.-B.). — *Boston méd. et surg.*, 1900. CXLIII, 208-209.

fortement dilatées ; le kyste lui-même se trouvait en arrière et au-dessus de l'utérus ; ablation et suture au catgut ; guérison ; accouchement normal en janvier 1900.

OBSERVATION VIII

G. M. EDELBOLHS (1). — *Migrated ovarian and parovarian tumors*

Tumeurs ovariennes ectopiées

(*Medical Record*, 1901, 18 août). — *La Gynécologie*, 1902

p. 518

Volumineux kyste parovarien, gauche, libre dans la cavité abdominale, à pédicule rompu par torsion ; le ligament ovarien et la trompe gauche sont détachés de la corne utérine correspondante. Ablation. Guérison.

C'est une malade âgée de 36 ans, ayant présenté des phénomènes de torsion d'une tumeur pelvienne.

A l'ouverture du ventre, on trouve une poche remplie de liquide hématique, parsemée de plaques d'ecchymoses et de gangrène commençante. Après la ponction, on constate que la tumeur ne présente pas de pédicule, ni d'adhérence d'aucune sorte. Après avoir enlevé la tumeur, on trouve à la face inférieure son pédicule tordu et gangrené, comprenant la totalité de la trompe gauche et de l'ovaire. Ces deux organes étaient en partie gangrenés et avaient été comme arrachés de la corne utérine. Celle-ci ne présentait plus de trace de l'insertion des annexes. Le sang trouvé dans la cavité pelvienne provenait du pédicule rompu. Les annexes droites étaient normales. Les anses intestinales et la séreuse qui avoisinaient la tumeur, présentaient des traces d'inflammation. Il est permis de supposer que, si la malade avait survécu sans opération, la tumeur aurait contracté rapidement des adhérences avec les organes voisins.

La vascularisation de ces adhérences aurait formé des pédicules adventices, et aurait permis à la tumeur de vivre et de continuer à se développer.

(1) G.-M. EDELBOLHS. — *Migrated ovarian and parovarian tumors. Medical Record*, 1901, 18 août.

OBSERVATION IX

CHAVANNAZ (1. — *Société de gynécologie et d'Obstétrique de Bordeaux.* (Début de 1903.)

Il s'agit d'une femme de 29 ans, toujours peu vigoureuse, mais n'ayant jamais eu de maladie caractérisée.

Réglée à 16 ans, les règles sont douloureuses. A 20 ans et à 24 ans, la malade accouche sans accidents ; elle a nourri ses deux enfants, qui sont aujourd'hui en excellente santé.

Cette femme entre le 12 août 1902 à l'hôpital Saint-André, de Bordeaux. Deux mois avant son entrée à l'hôpital, le matin, au réveil, elle a ressenti brusquement une douleur très vive dans le côté droit du ventre. Cette douleur a été suivie de deux ou trois vomissements, et de ballonnement du ventre. Les accidents ont duré un jour, puis tout est rentré dans l'ordre, et il n'a persisté qu'une légère sensibilité de l'abdomen, n'ayant pas empêché la reprise des occupations. Les règles sont revenues à la date normale.

Un mois et demi après le début des accidents, une nouvelle crise s'est montrée dans la nuit et a duré une partie de la journée ; elle a consisté en douleurs abdominales accompagnées d'un seul vomissement.

A l'examen, la malade présente un ventre volumineux et non douloureux à la pression. On y décèle immédiatement l'existence d'une tumeur fluctuante très mobile, un peu moins grosse qu'une tête d'adulte. L'utérus est repoussé en arrière, il est en rétroversion. Il n'existe pas de troubles fonctionnels.

Le diagnostic de kyste du parovaire s'impose et, en raison des deux crises douloureuses, M. Chavannaz pense à une torsion possible du pédicule.

La malade est laparotomisée le 19 août 1902. Le ventre ouvert, on trouve un kyste du parovaire droit, dont les parois

(1, Observation communiquée par Sikora (loc. cit.)

et le contenu présentent tout à fait l'aspect classique. Il est supporté par un long pédicule dont la trompe fait partie. Le pédicule est tordu une fois et demie sur lui-même, mais il n'y a aucune adhérence entre les tours de spire, et il est facile de ramener ce pédicule à sa disposition primitive.

L'opération et les suites opératoires furent régulières.

OBSERVATION X.

Pierre SIKORA (de Tulle). -- Torsion du pédicule d'un kyste du ligament large.

Il s'agit d'une femme de 40 ans, n'ayant aucune tare appréciable chez ses ascendants.

Les antécédents personnels sont les suivants : toute jeune, elle eut plusieurs crises de rhumatisme articulaire aigu, se reproduisant chaque hiver pendant quelques années. Malgré la durée de plusieurs semaines, de quelques-unes d'entre elles, le cœur ne paraît pas avoir été jamais atteint et ne présente actuellement aucune lésion appréciable. Ce furent là les seuls phénomènes morbides qui se produisirent jusqu'au début de la maladie actuelle. La malade a eu deux grossesses qui ont été tout à fait normales ; elle présentait seulement un état de nervosisme assez marqué.

Vers la fin de l'année 1899, elle s'aperçut que son ventre augmentait progressivement de volume, et qu'une certaine gêne qu'elle éprouvait déjà depuis quelque temps, allait en s'accroissant. Puis, au bout de quelques mois, en octobre 1901, cette marche, progressivement croissante, fut coupée par des accidents aigus. La malade éprouva des douleurs assez violentes qui l'obligèrent à s'aliter. Le repos, conseillé par un médecin, les fit disparaître, et elles ne se reproduisirent plus qu'un an après. En septembre 1902, nouvelle crise douloureuse, à début brusque, qui fut traitée de la même façon et céda comme elle. Entre les deux crises, la tumeur

(1) SIKORA Pierre, de Tulle (*Presse médicale* du samedi 29 août 1903), page 613.

avait augmenté progressivement de volume, mais aucune d'elles n'avait été suivie de phénomènes généraux graves pouvant relever d'une hémorragie ou d'une rupture de la tumeur. Puis, à partir de la dernière crise, la gêne augmenta et la malade, se décidant à une intervention, vint me consulter.

L'interrogation m'apprit que, depuis le début de la maladie, les règles avaient toujours été irrégulières ; l'écoulement était très variable comme quantité, le plus souvent insignifiant. Une seule fois, il y eut une perte particulièrement abondante, en novembre 1902, qui fut suivie d'écoulements un peu plus rapprochés que par le passé.

Il n'existe ni constipation, ni troubles de la miction. Tous les autres viscères sont sains.

L'abdomen, à l'inspection, est volumineux. Il forme une saillie arrondie et régulière, à grand développement médian, et ne modifiant sa forme ni dans la station debout, ni dans le décubitus dorsal, ni dans le décubitus latéral.

La palpation permet de reconnaître que cette déformation est due à l'existence d'une tumeur remontant jusqu'à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. Cette tumeur est très tendue et ne présente pas une fluctuation nette.

Il existe de la matité sur toute son étendue. Dans les flancs, on trouve la sonorité intestinale.

Le toucher, combiné au palper, fait apprécier le degré de mobilité de la masse. On se rend compte, de plus, que celle-ci fait fortement saillie dans le vagin et détermine même un prolapsus utérin, très marqué lorsque la malade reste debout un certain temps.

La tumeur est médiane dans le vagin comme au niveau de la paroi abdominale. En avant d'elle, on sent un corps dur, du volume d'un petit œuf, que je reconnus au cours de l'opération pour être augmenté de volume. En arrière d'elle, se trouve le corps utérin, qui paraît présenter des dimensions anormales. Le col de l'utérus est, au contraire, allongé et légèrement entr'ouvert.

Le cœur, les poumons, le foie sont intacts. Il n'y a pas de

fièvre, bien que la malade ait le pouls un peu fréquent. Aucun signe d'ascite.

L'opération eut lieu le 5 février 1903. Après anesthésie au chloroforme, la laparotomie médiane et sous-ombilicale fit découvrir la tumeur immédiatement derrière le péritoine pariétal. Elle est contournée en spirale par une bande rouge, large de 2 centimètres environ, constituée par la trompe étalée.

Toutes les précautions de protection du péritoine, par des compresses de toile stérilisée, étant prises, la ponction est pratiquée. Il s'écoule, en quantité, un liquide clair et limpide comme de l'eau de roche (4 à 5 litres environ).

Après l'évacuation complète, la partie qui était uniloculaire est extraite du ventre, l'orifice de ponction étant fermé par une pince. Il s'agit d'un kyste du ligament large droit, particulièrement volumineux. Son pédicule, large de 6 centimètres environ, est tordu deux fois dans le sens des aiguilles d'une montre.

L'ovaire appendu à la tumeur, est situé en avant d'elle, mais en est nettement distinct. Il est augmenté de volume. Il présente des corps jaunes et des kystes très hématiques. La trompe, très aplatie et allongée, s'enroule en spirale autour d'elle ; l'utérus occupe la partie postérieure. Le pédicule, détordu, est large. Il est lié par une ligature en chaîne au catgut n° 3. Puis la poche kystique est enlevée et le ventre fermé par une suture au fil de bronze d'aluminium, en un seul plan.

Les suites opératoires furent excessivement simples, il n'y eut jamais de fièvre. Les fils furent enlevés le douzième jour. La malade se leva, pour la première fois, le vingt-et-unième jour et sortit de ma maison de santé le vingt-sixième jour.

L'examen microscopique de la pièce enlevée a permis de constater l'existence d'une seule poche, présentant extérieurement l'ovaire avec ses petits kystes hématiques, augmenté de volume et non aplati, et la trompe, étalée et enroulée autour de la paroi. Celle-ci est rouge en dehors, blanche et

lisse en dedans. La membrane interne est absolument adhérente aux autres et ne présente aucun des caractères des membranes hydatiques.

Près du pavillon de la trompe existe un tout petit kyste, de coloration verdâtre, du volume d'une petite noisette. La tumeur paraît avoir dédoublé le ligament large.

L'examen histologique a montré que la partie externe de la poche était formée de tissu conjonctif contenant dans son épaisseur, un très grand nombre de vaisseaux sanguins, à parois peu épaisses. Ces vaisseaux étaient gorgés de sang, et quelques-uns d'entre eux étaient même rompus, ce qui avait produit de petites hémorragies interstitielles.

Il est probable que la torsion du pédicule, étant donné la largeur de celui-ci, n'avait pu produire dans les vaisseaux de la poche une tension sanguine suffisante pour donner une forte hémorragie intra-kystique, mais que la tension avait été assez forte, cependant, pour déterminer de petites ruptures et de petits épanchements interstitiels.

La surface interne de l'enveloppe kystique est tapissée d'un rang de cellules cylindriques et caliciformes soulevé en quelques points par un axe conjonctif simulant de petites franges épithéliales.

OBSERVATION XI

R. SOREL (1). — Kyste du ligament large avec torsion du pédicule. — *Revue médicale de Normandie*, Septembre 1903.

M^{me} L... Augustine, âgée de 51 ans, entre dans mon service le 4 juillet 1903. Elle a fait une fièvre typhoïde en 1900. Elle a toujours été bien réglée ; elle a eu un enfant qui est bien portant, pas de fausse couche, elle est d'apparence assez robuste. Depuis un an, elle s'aperçoit que son ventre augmente de volume et, de temps en temps, elle éprouve des douleurs. C'est à la suite de ces crises successives qu'elle se décide à entrer à l'hôpital.

Examen. — A l'inspection, nous constatons que le ventre

(1) SOREL. — *Revue Médicale de Normandie*, sept. 1903.

est notablement augmenté de volume, particulièrement au-dessous de l'ombilic, qui n'est ni saillant, ni déprimé.

A la palpation, la peau est souple, ridée, non adhérente à la tumeur que l'on peut saisir entre les deux mains, et dont le volume est égal à la tête d'un fœtus à terme de poids moyen. Cette masse est mobile et peut être mobilisée de droite à gauche; elle occupe à peu près toute la ligne médiane de l'ombilic au pubis, et a l'aspect d'une grosseur uniforme sans bosselure. Fluctuation peu appréciable.

Au toucher, on trouve un col assez ferme et élevé, à orifice non déchiqueté et peu ouvert. Il est peu mobilisable de droite à gauche.

Le choc que l'on imprime de haut en bas, ne déplace pas l'utérus de la masse que l'on a sous la main gauche. Le toucher ne révèle aucune douleur dans les culs-de-sac qui ont conservé une profondeur normale. Il n'y a aucun signe de grossesse et je conclus à un kyste ovarien.

Les poumons et le cœur ne présentent aucune lésion; les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine.

11 juillet. — *Laparotomie*. — On trouve un kyste que l'on extrait en masse du ventre, sans ponction ni incision de sa paroi; ce kyste a un pédicule tordu une fois et demie sur lui-même; au devant, on trouve la trompe remplie de sang, et, en arrière, un ovaire fibreux. On place une soie sur le pédicule et une seconde sur le pédicule de l'ovaire. La paroi abdominale est réunie en un plan avec de gros crins de Florence. Pansement aseptique. Durée totale de l'opération : vingt minutes.

Nous avons eu affaire à un kyste du ligament large, puisque nous avons trouvé, en arrière, l'ovaire et que la paroi du kyste était composée de deux feuillets; le contenu est une bouillie couleur chocolat.

Suites. — Les suites opératoires ont été complètement apyrétiques; le thermomètre a marqué, comme maximum, 37° le quatrième jour.

Le 23 juillet, je fais le premier pansement et lui enlève les fils de suture, la plaie est réunie.

Le 1^{er} août, elle sort guérie.

A la fin de notre étude, nous reproduisons les trois cas suivants que nous avons trouvés cités dans la littérature médicale, mais, malheureusement, trop peu précis pour servir à l'étude que nous venons de faire.

1° FAUVELL (1) R. Quart. M. J. Scheffield, 1893-1894, p. 247, publie un cas de torsion aiguë du pédicule d'un kyste du ligament large. Dans ce cas, les symptômes apparaissent semblables à ceux de la péritonite aiguë.

2° CORTIGUERA (2). Médica de Salamenca (Annales de gyn., obst. et péd. de Madrid).

La Gynécologie, 1896, p. 177.

C'est une jeune fille de quinze ans, née de parents bien portants ; bien portante elle-même.

Elle vit, il y a un an, son ventre augmenter démesurément de volume, sans douleurs, sans troubles d'aucune sorte, sauf, cependant, du côté de la menstruation qui, très irrégulière depuis le début, avait complètement cessé deux mois avant l'examen. La malade avait absolument l'aspect d'une femme au terme d'une grossesse : distension du ventre refoulant les organes sus et sous-diaphragmatiques. Seins durs et tendus,

(1) FAUVELL. — R. Quart. M. J. Scheffield, 1893-1894, p. 247. — *Thèse de Raimondi*, 1897, Paris.

(2) CORTIGUERA. — *Médica de Salamenca* (Annales de gyn., obst. et péd., de Madrid). — *Thèse de Raimondi*, 1897. Paris.

assez développés et même, troubles circulatoires et état normal spécial.

Le docteur Cortiguera se convainquit cependant qu'il n'y avait pas de grossesse ; la malade d'ailleurs était vierge. Point de tumeur sensible ni au palper abdominal, ni au toucher, celui-ci rendu très difficile par l'étroitesse de la vulve et du vagin.

L'abdomen distendu, ballonné uniformément, semblait occupé en totalité par une grande quantité de liquide avec sensation de flot dans les flancs.

Pas de matité, soit à la partie médiane, soit dans les flancs, du moins à un premier examen, ni de sonorité bien nette dans les mêmes régions. En un mot, partout l'existence évidente de liquide, sans qu'il soit possible de délimiter aucune tumeur solide.

D'autre part, le niveau du liquide changeait fort peu dans les différentes positions prises par la malade.

Sur ces données, le docteur Cortiguera hésitait entre une ascite considérable, un kyste ovarien à parois fort minces, ou peut-être encore une péritonite enkystée. De cette dernière affection, point de symptômes dans l'histoire de la malade qui n'avait jamais eu aucune douleur, aucun trouble de son état général, sauf du côté de ses organes génitaux.

D'autre part, elle n'avait eu d'œdème en aucune région et tout éloignait la pensée d'une ascite considérable. L'ensemble des symptômes militait en faveur d'une tumeur ovarique, quoique l'attention fût fortement attirée par la minceur et la parfaite égalité de ses parois. La tumeur était-elle entourée de toutes parts d'une couche uniforme de liquide ascitique ? La tension si forte du ventre, qui ne permettait pas de déprimer

même quelques centimètres de sa surface, empêchait de s'en rendre bien compte. Cependant, le docteur Cortiguera, en percutant avec le plus grand soin, remarqua que, bien qu'il n'y ait ni zone médiane franchement mate, ni sonorité bien marquée sur les côtés, on observait dans cette dernière région un son plus tympanique et à la région ombilicale, une sensation de flot plus nette. Il déduisit de cette observation, l'existence bien probable d'une tumeur ovarienne kystique, à parois très minces, uniloculaire, ayant pris naissance dans le parovaire et pensa, en présence de ce cas et étant donné seulement la probabilité de l'exactitude de son diagnostic, devoir faire la laparotomie pour le rectifier et agir en conséquence.

Si, en effet, il s'agissait d'une péritonite tuberculeuse, cas peu probable, ou encore d'une péritonite enkystée, on pourrait ainsi en amener la guérison.

Opération. — Deux jours après l'examen, on ouvre l'abdomen et, de suite, on voit que c'est un kyste, une énorme poche, deux fois tordue sur son pédicule, contenant 12 litres de liquide qui occupait tout l'abdomen, refoulant les organes de part et d'autre, sans d'ailleurs que ceux-ci aient cessé, pour cela, de fonctionner fort bien.

Le lendemain de l'opération apparaît un flux menstruel, interrompu, d'ailleurs, depuis deux mois. La malade présenta pendant 48 heures un pouls fréquent et une température de 37°8. Elle ne présenta d'ailleurs aucun autre symptôme, si ce n'est de la parésie intestinale qui dura jusqu'à ce qu'elle ait quitté la chambre. La plaie se cicatrisa par première intention et la malade se leva le vingtième jour.

Un phénomène attira l'attention de Cortiguera. La paroi abdominale, fortement excavée, semblait adhérente à la colonne vertébrale, résultat de la forte distension antérieure de cette paroi par le kyste et de la position couchée, consécutive à l'opération, et qui explique d'ailleurs la parésie intestinale observée.

3° (1) Ce cas appartient à M. Ricard.

La malade présentait une tumeur liquide, simulant un kyste de l'ovaire ; son évolution avait été coupée de phénomènes péritonitiques qui avaient fait penser à une torsion du pédicule. La poche contenait environ 7 litres de liquide sanguinolent ; les parois étaient infiltrées de sang. La trompe malade formait un anneau rigide et divisait la tumeur en deux lobes.

(1) Tumeur présentée par M. Lance, interne des hôpitaux. — Séance du 23 Janvier 1903. (*Presse médicale* du samedi 29 août 1903, page 613).

CONCLUSIONS

1° Les kystes du ligament large dans des cas relativement rares présentent un pédicule.

2° Comme dans les kystes de l'ovaire, ces kystes sont susceptibles de présenter une torsion de ce pédicule.

3° Cette complication semble peu fréquente, puisqu'on ne trouve à ce sujet que onze observations précises.

4° Les symptômes de la torsion du pédicule du ligament large sont identiques à ceux du kyste de l'ovaire. D'où l'impossibilité ou la très grande difficulté du diagnostic.

5° Le traitement de cette complication des kystes du ligament large est le même que celui des kystes ovariens à pédicule tordu, c'est-à-dire la laparotomie.

Vu :
Le Doyen :
DEBOVE.

Vu :
Le Professeur :
LE DENTU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris :
L. LIARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- ARNING. — *Arch. f. gyn.*, T X p. 392.
- BANTOCK. — *Transact. of the obs. Society of London*, 1874, t. XIV.
- BARON. — Torsion du pédicule des kystes de l'ovaire. *Thèse Paris*, 1898.
- BEGOUIN. — *Société d'obst. gynéc. et péd. de Bordeaux*, 25 mai 1897.
- BEIGEL. — *Krank heiten. des Weibl. Geschlechte Leipzig*, T. I. p. 524 et T. II. p. 61.
- BINAUB. — *Gazette hebdomadaire des sc. méd. de Bordeaux*, 1896. n° 23.
- BOUILLY. — *La Gynécologie*, 1898, p. 481.
- BREISKY. — *Prag. medicinische Wochenschrift*, 16 juillet 1879.
- CASTANEDA. — Kystes du ligament large, *Thèse Paris*, 1882, n° 13.
- CHAVANNAZ. — *Société gyn. obst. et péd. de Bordeaux*, février 1903.
- COCQUELET. — Sur un cas de complication d'un kyste du ligament large. *Thèse Paris*, 1897, p. 36.
- CORTIGUERA. — *Médica de Salamenca (Annales de gyn. obst. et péd. de Madrid.) La Gynécologie*, 1896, p. 177.
- DUPLAY. — *Arch. de Tocolog.*, 1882 et 1883.
- SINÉTY (DE). — *Traité pratique de gyn. des maladies des femmes*, 1884.
- EDELBOLHS. — *Migrated ovarian and parovarian tumors. Medical record*, 18 août 1901.

- FAUVELL (R). — Quart. M. J. Scheffield, 1893-1894 p. 247.
- FIEUX. — *Société d'obst. gyn. et péd.* de Bordeaux, 25 mai 1897.
- FISCHEL. — *Arch. f. gyn.*, 1879-1881, T. XV.
- FOLLIN. — *Thèse* Paris, 1850. Recherches sur le corps de Wolff.
- GUSSEROW. — *Arch. f. gyn.* T. IX. 1876.
- HERBEAUX. — *Journal des Sciences Médicales de Lille*, 29 juillet 1899, n° 29.
- KOCHER. — *Corresp. Blatt. f. Schweitzer A.* 1^{er} et 15 janvier 1880.
- LANCE. — *Société Anatomique*, 23 janvier 1903. *Presse Médicale* du samedi 29 août 1903.
- LAWSON-TAIT. — *Traité des maladies des ovaires*. Trad. Olivier 1886, p. 384.
- LE DENTU ET DELBET. — *Traité de chirurgie clinique et opératoire*, 1901, p. 906. T. X.
- LIEUTAUD. — *Traité d'anat. hist. et prat.* T. II.
- LUND F. B. — Boston, *Méd. et surg. Journal*, 1900. CXLIII.
- MANGIN. — *Nouv. arch. d'obst. et de gyn.*, 1888, 25 juin.
- MUELLER. — *Corresp. Blatt. f. Schweitzer A.* 1^{er} et 15 octobre 1879.
- NOEGERRATH. — *Philadelphia med. and. sur. reports*. Octobre 1876.
- PALMER. — *American Journal of obstetric*, 1879, p. 345.
- PANAS. — *Arch. de To. ol.* avril 1875.
- POZZI. — *Traité de gynécologie*, 1897, p. 803 et 806.
- QUÉNU. — *Revue de Chirurgie*, 1890.
- RAIMONDI. — Des kystes du ligament large. *Thèse* Paris 1897.
- SCHATZ. — *Arch. f. gyn.* T. IX. 1876.
- SIKORA. — *Presse Médicale*, samedi 29 août 1903.
- SOREL. — *Revue Médicale de Normandie*, 10 septembre 1903, n° 71.
- SPENCER WELLS. — *Méd. chirur. transactions*, T. XLVIII à LIV.
- SPIEGELBERG. — *Arch. f. gyn.*, T. I.
- VELPEAU. — *Mémoires de la Société de Chirurgie*, 1857. TIV, p. 35.

VERNEUIL. — *Mém. de la Soc. de Chir.* Recherches sur les kystes de l'organe de Wolff, T. IV, 1852.

WASHINGTON ATLEE. — *Transact. of the obst. society of Cincinnati*, 11 avril 1878.

WINCKEL. — *Die path. des Weibl. sexual organ.* Leipzig, 1878-1881.